

**Convention PFS - CRP**

A retourner à : CRC

2 bis ruelle Pavée, BP 1071, 97482 Saint-Denis Cedex

Tel : 0262 90 79 52 Fax : 0262 90 79 48

Code préfectoral : 97810204

Je soussigné(e),  
Monsieur ou Madame .....  
Exerçant la profession de .....  
Sous le numéro professionnel .....  
Au sein de .....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Demande mon adhésion en qualité de « Professionnel de Santé » partenaire du réseau cartes services plus / CRP

Sachant que dans le cadre de ses opérations de tiers-payant, la CRP gère ses contrôles d'ouverture de droits au moyen de cartes à puces privatives, je m'engage à accepter tous les porteurs de cartes santé de la CRP. Mon adhésion entraînera les modalités suivantes :

**1/ MISE EN PLACE**

Un lecteur de carte sera délivré et installé gratuitement en appelant au 04.91.91.87.87 ou en adressant un mail à l'adresse [deploiement@carteservicesplus.fr](mailto:deploiement@carteservicesplus.fr). Ce lecteur permettra de contrôler la validité des droits des porteurs de la carte santé.

L'installation du programme peut être assurée par l'intervention d'un technicien gratuitement.

**2/ FONCTIONNEMENT**

A l'ouverture du logiciel, une connexion Internet permet d'effectuer les opérations suivantes :

- Télé collecte des listes de cartes mises en opposition ou sous surveillance.
- Télé transmission des ouvertures de droits confirmées,

A tout moment, je pourrai éditer un journal des transactions envoyées de date à date. Une fois réalisée la récupération de la liste d'opposition des cartes, la lecture se fera en local sur le poste.

Si une carte nécessite une mise à jour, celle ci sera faite via internet. Une attestation d'ouverture de droit est automatiquement générée sur le poste de travail et pourra être récupérée à tout moment.

**3/ MAINTENANCE**

En cas de problème technique, je bénéficie d'une assistance téléphonique au 04.91.91.87.87 de 09h00 à 20h00 du lundi au vendredi ou par mail a l'adresse [deploiement@carteservicesplus.fr](mailto:deploiement@carteservicesplus.fr).

**4/ OBLIGATIONS**

Je m'engage à vérifier la validité des droits du porteur de la carte avant la validation de chaque transaction, afin d'éviter le rejet, par la CRP, de toutes les demandes de remboursement pour des actes ou soins reçus en dehors de la période garantie."

**5/ FIN DE L'ADHESION**

Mon adhésion au réseau peut être remise en cause à tout moment par la CRP ou par moi-même avec un délai de prévenance de 1 mois.

Fait à ....., le .....

Signature et cachet